

**Individual Non-Core Participant Module
Client Profile (for Child or Adult) (SPANISH)**

Nombre del programa:

Primer nombre del cliente:		Segundo nombre del cliente: <i>(opcional)</i>	
Apellido del cliente:		Apellido de soltera del guardián (si es aplicable): <i>(opcional)</i>	
Primer nombre de la madre:	Fecha de nacimiento del cliente: mes / día / año	Sexo del cliente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Lugar de nacimiento: <input type="checkbox"/> Si nació en California, especifique el <u>condado</u> : _____ <input type="checkbox"/> Si nació en otro estado de los Estados Unidos, especifique el <u>estado</u> : _____ <input type="checkbox"/> Si nació en otro país, especifique el <u>país</u> : _____			Nota: Si el cliente no quiere especificar lugar de nacimiento, usted deberá anotar "desconocido" bajo cualquier categoría.
Dirección (calle y número): <i>(opcional)</i>			
Ciudad, Estado: <i>(opcional)</i>		Código Postal:	
Teléfono: <i>(opcional)</i> ()	Fecha de consentimiento: mes / día / año	Fecha del primer servicio: mes / día / año	
Grupo Étnico (marque todos los que aplican):			
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano	<input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Hawaiano	
<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Mexicano, México-Americano, Chicano	<input type="checkbox"/> Guaymeño o Chamorro	
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Samoano	
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Centroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otros Hispanos/Latinos	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Coreano		<input type="checkbox"/> Desconocido	
<input type="checkbox"/> Vietnamita			
<input type="checkbox"/> Otros Asiáticos			
(Para el niño únicamente) ¿Este niño fue diagnosticado con discapacidades o necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
¿Qué idioma habla la familia más frecuentemente en casa? (marque solamente UN cuadro)			
<input type="checkbox"/> Principalmente inglés		<input type="checkbox"/> Principalmente otro idioma (indique el otro idioma en la sección de abajo)	
<input type="checkbox"/> Inglés e igualmente otro idioma (indique el otro idioma en la sección de abajo)		<input type="checkbox"/> Desconocido	
¿Si el idioma es otro diferente al inglés, qué idioma es? (Marque solamente UN cuadro.)			
<input type="checkbox"/> Cantones	<input type="checkbox"/> Bosnio	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Latu
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Birmano	<input type="checkbox"/> Griego	<input type="checkbox"/> Laosiano
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Cebuano (Visayo)	<input type="checkbox"/> Gujarati	<input type="checkbox"/> Mandarín (Putonghua)
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Caldeo	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Marshallese
<input type="checkbox"/> Tagalog (Filipino)	<input type="checkbox"/> Chamorro (Guamanian0)	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Mien
<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Chaozhou (Chaochow)	<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> Mixteco
<input type="checkbox"/> Otro (continúe larga)	<input type="checkbox"/> Croata	<input type="checkbox"/> Ilocano	<input type="checkbox"/> Pashtu
<input type="checkbox"/> Albanés	<input type="checkbox"/> Holandés	<input type="checkbox"/> Indonesio	<input type="checkbox"/> Polaco
<input type="checkbox"/> Amárico (Etiopía)	<input type="checkbox"/> Farsi (Persa)	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Portugués
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Rumano
<input type="checkbox"/> Armenio		<input type="checkbox"/> Khmer (Camboya)	<input type="checkbox"/> Ruso
<input type="checkbox"/> Asirio		<input type="checkbox"/> Khmu	<input type="checkbox"/> Samoano
		<input type="checkbox"/> Kurdo	<input type="checkbox"/> Serbo-Croata
			<input type="checkbox"/> Somali
			<input type="checkbox"/> Swahili
			<input type="checkbox"/> Taiwanés
			<input type="checkbox"/> Tailandés
			<input type="checkbox"/> Tigrinya
			<input type="checkbox"/> Toishanes
			<input type="checkbox"/> Tongan
			<input type="checkbox"/> Turco
			<input type="checkbox"/> Ucraniano
			<input type="checkbox"/> Urdu
			<input type="checkbox"/> Otro idioma, especifique,:
			<input type="checkbox"/> Desconocido